







INSTITUTO SUPERIOR EN SEGURIDAD

DATOS DEL INGRESANTE:

TECNICATURA EN QUE SE INSCRIBE: ____

APELLIDO: ____

NOMBRE: ____

DNI N° _____________________________________

LP N°: ______________________________________

JERARQUÍA: _________________________________

UNIDAD DONDE PRESTA SERVICIO: ____

TELÉFONO o CELULAR DE CONTACTO: ____

CORREO ELECTRONICO: ____

. **A COMPLETAR POR LA UNIDAD**

Lugar____ fecha......./....../........
(Unidad-dependencia)

Por medio de la presente **AUTORIZO** a ____DNI N° ___________________, LP N° __________________, con servicio en esta dependencia, a cursar la Tecnicatura ___________________________________ Año 2025, modalidad presencial o semi presencial (presencial área capital, semipresencial, lugar de trabajo a más 30km de la sede del ISS).

Firma y aclaración Jefe de Unidad



INSTITUTOSUPSEGURIDAD@POLNEUQUEN.GOB.AR
RICCHIERI N°775
(0299)4424100 INT 2106